

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS PROGRAMAS DE DST/HIV/Aids
NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 29106105


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

Florianópolis, junho de 2005.

MARGOT IRMELA STAATS PIRES

**A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS PROGRAMAS DE DST/HIV/Aids
NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Assistente Social, sob orientação da prof. Maria Dolores Thiesen.

Florianópolis, junho de 2005.

MARGOT IRMELA STAATS PIRES

**A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS PROGRAMAS DE DST/HIV/Aids
NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina.

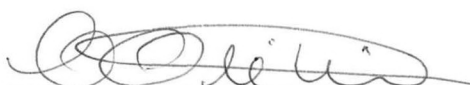
BANCA EXAMINADORA



Prof. Msc. Maria Dolores Theisen

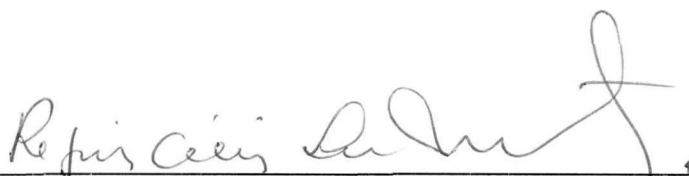
Professora substituta do Departamento de Serviço Social

Professora Orientadora



Assistente Social Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão

Msc. Assistente Social do Centro de Referência em Saúde do Adolescente - SUS



Prof. Doutora Regina Célia Mioto

Prof. Doutora do Departamento de Serviço Social

Florianópolis, junho de 2005.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que contribuíram na caminhada que viabilizou minha graduação no curso de Serviço Social, de forma especial à minha família, colegas do curso e professores.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01 - Local de atuação dos profissionais

GRÁFICO 02 - Ações desenvolvidas nos programas

GRÁFICO 03 - Vínculo profissional

GRÁFICO 04 - Jornada de trabalho

GRÁFICO 05 - Tempo de serviço

GRÁFICO 06 - Tempo de atuação no programa

GRÁFICO 07 - Limitações técnicas

GRÁFICO 08 - Limitações relacionais

GRÁFICO 09 - Limitações estruturais

RESUMO

Esse Trabalho de Conclusão de Curso objetivou identificar a inserção do profissional Assistente Social nos Programas DST/HIV/Aids no Estado e Municípios de Santa Catarina. Para obtenção das informações desejadas foi realizado um levantamento nos cadastros dos Programas disponíveis na Divisão DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita, que identificou 31 profissionais Assistentes Sociais. Para obter as informações foi construído um questionário contendo perguntas para se obter os dados concernentes. Dos 31 questionários encaminhados foram devolvidos 28. A pesquisa identificou que os profissionais Assistentes Sociais que atuam nos Programas realizam predominantemente atividade individuais de caráter educativo e assistencial visando a informação para a autonomia e o resgate de cidadania, seguida de visitas domiciliares e encaminhamentos. Tais atividades se inscrevem entre aquelas tradicionalmente desenvolvidas pelos profissionais, demonstrando que há predomínio das atividades que caracteriza a identidade da profissão. Entretanto, já é perceptível a participação dos Assistentes Sociais em atividades de grupo, coordenação do Programa e formulação de projetos, o que vem a ser indício da ampliação das atividades. O Serviço Social tem grande relevância no programa, entretanto, há necessidade de ampliar ainda mais as ações multiprofissionais.

Palavras chave: HIV/AIDS, Inserção do Assistente Social, Programa DST/HIV/Aids.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPITULO 1 – HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL	10
1.1. Breve Histórico da Política da Saúde no Brasil	10
1.3. A Epidemiologia no Controle de Doenças.....	15
1.4. Estrutura da Vigilância Epidemiológica no Contexto do SUS	20
1.5. A Realidade de Santa Catarina.....	21
CAPITULO 2 - PANORAMA DA AIDS: DA IDENTIFICAÇÃO AOS ÍNDICES ATUAIS	23
2.1. Origem do HIV/AIDS.....	23
2.2. Formas de Transmissão.....	24
2.3. Contexto da Instituição do Programa Nacional de DST/Aids.....	25
2.4. Contexto da Instituição do Programa DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita no Estado de Santa Catarina	26
2.5. Atribuições da Divisão DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita.....	27
2.6. A Realidade Atual da Aids:.....	29
2.6.1. No Mundo	29
2.6.2. No Brasil.	30
2.6.3. Em Santa Catarina	31
2.7. Processo Epidemiológico do HIV/AIDS: Necessidade de Intervenção Profissional Interdisciplinar	32
CAPITULO 3 - A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS PROGRAMAS DST/AIV/Aids NO ESTADO DE SANTA CATARINA.	39
3.1. O Contexto da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina	39

3.2. Percurso Metodológico da Pesquisa	43
3.3. Apresentação dos Resultados da Pesquisa	46
3.3.1. Identificação dos Profissionais e Ações que Desenvolvem	46
3.3.3. Necessidade de Aperfeiçoamento Profissional do Assistente Social para Atuar nos Programas DST/HIV/Aids	54
3.3.4. Dificuldades e Limitações da Atuação Profissional dos Assistentes Sociais nos Programas DST/HIV/Aids	56
3.3.5. Proposições e Sugestões para o Desempenho de suas Ações	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE A - OFÍCIO Nº 466/04	71
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	72

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) se propõe a apresentar a inserção do profissional Assistente Social no âmbito da saúde, de maneira pontual nos Programas de DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita no Estado de Santa Catarina, abrangendo a rede de saúde pública, tanto na esfera estadual como nas esferas municipais.

No primeiro capítulo será apresentada a constituição do sistema de saúde no Brasil que possui momentos relevantes, especialmente a partir de 1964, devido à existência do processo de industrialização ocorrido no início do século XX, tornando-se um dos fatores que provocou profundas mudanças nas condições de existência da população.

Este período aponta para múltiplas dificuldades do sistema de saúde, as quais podem ser encontradas nas instituições e nos programas setoriais de saúde, mas também, fundamentalmente, como parte da crise do modelo de desenvolvimento adotado no Brasil. A atuação do Estado na implementação da saúde dá-se fundamentalmente como reguladora do mercado de produção e consumo de serviços de saúde e também como respostas às pressões dos operários e intelectuais do movimento de reforma sanitária.

Foi preciso compreender o processo de instauração do Movimento Sanitário iniciado na década de 1970, o qual teve suas origens nas condições materiais objetivas pelas quais passava o Brasil uma década após o golpe militar. Começava a surgir no âmbito das universidades, entre os intelectuais e também entre o Movimento Estudantil, um espaço de enfrentamento para a lógica dominante na área da saúde, que privilegiava os interesses econômicos e empresariais do setor.

O Movimento Sanitário eclodiu na construção de uma nova política que viabilizou a reforma do setor, desdobrando-se na instauração do Sistema Único de Saúde - SUS idealizado a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O SUS assegurado pela

Constituição de 1988 possui como princípio fundamental o acesso igualitário às ações e serviços de saúde com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo aos serviços assistenciais.

No segundo capítulo apresentaremos um panorama histórico da AIDS desde a sua identificação até o contexto atual, caracterizado pela necessidade de intervenção profissional interdisciplinar, a qual possibilita a inserção, entre outros, do profissional Assistente Social como integrante das ações de promoção, prevenção e assistência no Programa.

A emergência da AIDS é uma realidade presente por todo o planeta, principalmente entre as populações mais pobres e vulneráveis. Por isso o atendimento de alto custo desempenhados no âmbito da mercantilização da assistência à saúde tem dificultado o acesso ao atendimento de milhares de seres humanos pelo mundo todo.

O Brasil busca enfrentar a realidade da AIDS mediante políticas públicas voltadas à promoção e prevenção voltadas a populações vulneráveis e em situação de risco a fim de fortalecer esta população. A assistência o país garante através do acesso aos exames, medicamentos e insumos de prevenção (gel lubrificante, preservativos masculinos e femininos, agulhas e seringas), como integrantes de sua política pública.

No terceiro capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa que identifica a inserção do profissional Assistente Social nos Programas DST/HIV/Aids. Este capítulo mostrará como o profissional está inserido nos Programas, o tempo de formação e de serviço nessa área, bem como as ações de promoção, prevenção e também as limitações de sua atuação.

E na última parte desse trabalho apresentaremos as considerações finais.

CAPITULO 1 – HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL

1.1. Breve Histórico da Política da Saúde no Brasil

As políticas públicas de saúde anteriores a Constituição Federal de 1988, podem ser resumidas ao sanitarismo-campanhista que vigorou do final do século XIX até metade dos anos 60 do século seguinte. Este modelo de saúde considerado de inspiração militar visava combater as doenças de forma repressiva. Todas as suas ações de controlar ou erradicar as doenças tinham por objetivo sanear os espaços de circulação das mercadorias, para não prejudicar as exportações da cana-de-açúcar e do café devido ao modelo econômico agroexportador.

Com o processo de industrialização na década de 1930, o modelo sanitarismo-campanhista perde força e é substituído pelo modelo denominado médico-assistencial privatista. Neste período não era suficiente sanear os espaços de circulação das mercadorias, era preciso garantir a capacidade produtiva, assegurando condições saudáveis para os trabalhadores.

A medicina privada no Brasil, tinha um forte traço Europeu, mais eclético que o modelo fragmentador norte-americano, e a ênfase ainda era em médicos gerais e de família (DA ROS, 2000). A população pobre dependia de hospitais de caridade, Santas Casas de Misericórdia, normalmente sob a responsabilidade da Igreja.

Essa divisão injusta do ponto de vista social, separava a população brasileira em três classes. Os cidadãos de primeira classe usufruíam a medicina privada. Os de segunda classe, representados pelos contribuintes da previdência, tinham, mesmo com dificuldades que eram próprios ao sistema de então, acesso mais amplo à assistência a saúde, dispondo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos

pela previdência social por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. Os demais representados pelo restante da população brasileira, os não-previdenciários tinham um acesso limitado à assistência à saúde normalmente restrita às ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais.

O modelo oficial da saúde no país era centrado na assistência médica, com grande crescimento dos serviços médicos privados, especialmente hospitais, mal distribuídos e concentrados nas grandes cidades. As unidades públicas eram excluídas do sistema de prestação de cuidados e os ambulatorios e centros de saúde foram desprestigiados numa época em que havia recursos da Previdência Social disponíveis.

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Simultaneamente ao processo de redemocratização iniciado nos anos de 1980, o país passou por grave crise econômica-financeira, com origem nas fraudes nos sistemas de pagamento e faturamento; desvios de verbas da previdência para megaprojetos do governo; acordos empúrios com o sistema financeiro; exclusão expressiva da população no atendimento e conseqüentemente não conseguir alterar o perfil de morbimortalidade. Para agravar o quadro, o modelo econômico entra em recessão enquanto os custos do modelo de saúde adotado crescem de forma acelerada.

Nesta mesma época começa o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por intelectuais ligados às universidades, movimento estudantil e profissionais da área da saúde. Posteriormente incorporaram-se ao movimento outros setores da sociedade, tais como centrais sindicais movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

De acordo com Escorel (1989), as ações desenvolvidas pelo Movimento Sanitário, de sua origem nos departamentos de medicina preventiva e social até hoje em dia, vem imprimindo uma direção à luta pela transformação das condições de saúde da população brasileira. Isto permitiu que o movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar fosse dirigido basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, a universalização, e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Várias foram às propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento-PIASS, em 1976. Em 1980 foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde PREV-SAÚDE, o qual nunca foi implantado, logo seguido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP, em 1982. A partir deste foi implantada a política de Ações Integradas de Saúde - AIS, em 1983. Estas constituíram uma estratégia de grande importância ao processo de descentralização da saúde.

1.2. O Sistema Único de Saúde

Em março de 1986 foi realizada em Brasília a 8ª Conferência Nacional da Saúde, com ampla participação de usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores. Considerada um marco histórico na formulação das propostas de mudanças do setor de saúde, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. Esse documento serviu de base para discussões na Assembléia Nacional Constituinte em 1987.

Dentre os diversos avanços propiciados pela conferência, um dos mais importantes é o chamado Conceito Ampliado de Saúde.

Em seu sentido mais abrangente, “saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”. (DA ROS, 2000)

O tema apresentado pelo movimento da reforma sanitária na conferência nacional de saúde se materializou pelas lutas da saúde pública coletiva e com qualidade, ou seja, saúde direito de todos, dever do Estado.

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde - AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

O capítulo dedicado à saúde na Constituição federal de 1988 retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo de duas décadas criando o Sistema Único de Saúde-SUS. A constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais. Em seu artigo 196 cita que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e

econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com este artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de saúde.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta lei regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. São atribuições do SUS¹ em suas três esferas de governo entre outras:

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7 - As ações e serviços públicos de saúde e serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – Igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – Direito à informação as pessoas assistidas sobre sua saúde;
- VI – Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e orientação programática;
- VIII – Participação da comunidade;
- IX – Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

¹ SUS – Sistema Único de Saúde, legislação básica.

X – Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI – Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União. Dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII – Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII – Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Com o Sistema Único de Saúde se instaura uma nova formulação política organizacional para o reordenamento dos serviços e ações da saúde, para o qual foi criado, ou seja, justamente para atender o que foi proposto na Constituição Federal de 1988.

Um dos pilares do novo sistema de saúde passou a ser a descentralização de funções sob comando único em cada esfera de governo – federal, estadual e municipal, o que implica no direcionamento da atenção para as bases locais de operacionalização das atividades de saúde, bem como, destacando a temática deste estudo, a vigilância epidemiológica do país.

A Lei 8.080, em seu artigo 6º, no campo de atuação do SUS dispõe sobre a inclusão da Vigilância Epidemiológica na execução de ações.

No próximo item será abordado sobre as ações de Vigilância Epidemiológica para realizar o controle das doenças transmissíveis.

† 1.3. A Epidemiologia no Controle de Doenças

Até meados do século XIX, a saúde pública dispunha de poucos instrumentos para o controle de doenças. O mais utilizado era o isolamento, a quarentena e o cordão sanitário.

Este se caracterizava pelo isolamento de bairros, cidades ou áreas especificadas e não de indivíduos, (WALDMAN, 2002).

O isolamento, a quarentena e o cordão sanitário constituíam um conjunto de medidas de tipo restritivas que criava sérias dificuldades para o intercâmbio comercial entre países. Estas dificuldades se acentuaram na segunda metade do século XIX com o rápido crescimento das atividades comerciais efetuadas principalmente através dos portos e com risco cada vez maior e mais freqüente de ocorrência de epidemias.

Nesta mesma época, com o desenvolvimento da microbiologia e das ciências afins, criavam-se estímulos para investigações no campo das doenças infecciosas, que resultaram no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação. Surge então em saúde pública o conceito de vigilância, definida como tal pela função de observar contatos de pacientes atingidos por doenças contagiosas que tinha como propósito vigiar para que fossem tomadas as medidas indicadas.

O controle das doenças transmissíveis baseia-se em intervenções que, atuando sobre um ou mais elos conhecidos da cadeia epidemiológica de transmissão sejam capazes de vir a interrompê-la. Entretanto, a interação do homem com o meio ambiente é muito complexa, envolvendo fatores desconhecidos, os quais podem ter se modificado no momento em que se desencadeia a ação. Assim sendo, os métodos de intervenção tendem a ser aprimorados ou substituídos, na medida em que novos conhecimentos surgem, seja por descobertas científicas, seja pela observação sistemática do comportamento dos procedimentos de prevenção e controle estabelecidos. A evolução desses conhecimentos contribui também para a modificação de conceitos e de formas organizacionais dos serviços de saúde na busca contínua do seu aprimoramento.

A conceituação de Vigilância Epidemiológica e a sua prática, ao longo das últimas décadas devem ser entendidas no contexto acima referido. Originalmente, essa expressão

significava “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos²”. Tratava-se, portanto, da vigilância de pessoas, através de medidas de isolamento ou de quarentena, aplicadas individualmente e não de forma coletiva. Posteriormente, na vigência de campanhas de erradicação de doenças – como a malária e a varíola – a vigilância epidemiológica passou a ser referida como uma das etapas desses programas, na qual se buscava detectar a existência de casos da doença alvo, com vistas ao desencadeamento de medidas urgentes, destinadas a bloquear a transmissão. A estrutura operacional de vigilância, organizada para esse fim específico deveria ser desativada após a comprovação de que o risco de transmissão da doença havia sido eliminado, como resultado das ações do programa.

Na primeira metade da década de 60 do século XX consolidou-se, internacionalmente uma conceituação mais abrangente de vigilância epidemiológica, em que eram explicitados seus propósitos, funções, atividades, sistemas e modalidades operacionais. Vigilância Epidemiológica foi, então, definida como:

“O conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer a qualquer momento o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem a prevenção e ao controle de determinadas doenças”.(GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA, 2002)

Em 1975, por recomendação da quinta Conferência Nacional de Saúde foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE. Esse sistema formalizado através da Lei 6.259, do mesmo ano e decreto 78.231, que a regulamentou, em 1976, incorporou o conjunto de doenças transmissíveis então consideradas de maior relevância sanitária no país. Buscava-se na ocasião, compatibilizar a operacionalização de

² Guia de Vigilância Epidemiológica/Fundação Nacional da Saúde. 5. Ed. Brasília: FUNASA, 2002.

estratégias de intervenção desenvolvidas para controlar doenças específicas, através de programas nacionais que eram pouco eficazes.

A promulgação da Lei 8 080, que instituiu em 1990, o Sistema Único de Saúde - SUS, teve importante desdobramento na área de Vigilância Epidemiológica. O texto legal manteve o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - SNVE. Considerando que um dos pilares do novo sistema de saúde passou a ser a descentralização de funções sobre o comando único em cada esfera de governo – federal, estadual e municipal – o que implica no direcionamento da atenção para as bases locais de operacionalização das atividades de vigilância epidemiológicas no país. Sua operacionalização compreende um ciclo completo de funções específicas e intercomplementares que devem ser, desenvolvidos de modo contínuo para possibilitar conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo que se apresenta como alvo das ações, para que as medidas de intervenções que se fazem necessárias possam ser desencadeadas com eficácia.

São funções da Vigilância Epidemiológica:

- Coleta de Dados;
- Processamento de dados coletados;
- Análise e interpretação dos dados processados;
- Recomendação das medidas de controle apropriadas;
- Promoção das ações de controle indicadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações pertinentes.

A Lei 8.080, em seu artigo 6º, no campo de atuação do SUS dispõe sobre a inclusão da Vigilância Epidemiológica na execução de ações.

Art. 6 – Estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde:

I – a execução de ações:
de vigilância sanitária;

de vigilância epidemiológica;
 de saúde do trabalhador;
 de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.
 II – a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
 III – a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
 IV – a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
 V – a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
 VI – a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
 VII – o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
 VIII – a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para o consumo humano;
 IX – a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
 X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
 XI – a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 2 Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Para Da Ros (2000), o processo de trabalho em saúde se instaura mediante duas vertentes: a clínica e a sanitária. A vertente clínica se consolida para atender o indivíduo trabalhador. Esta vertente concede atenção às necessidades fisiológicas, cuidando do indivíduo para atender as necessidades do mercado de trabalho. Por outro lado a vertente sanitária se atém as ações epidemiológicas, por isso seu olhar se direciona ao atendimento coletivo. Ambas as vertentes possuem em comum o fato de limitar-se ao atendimento a doença. A vertente clínica é mais forte na sua resposta a demanda do indivíduo, entretanto não consegue responder às necessidades sociais.

As duas vertentes possuem em comum uma dependência do aparato industrial, devido a isto a resolutividade das ações epidemiológicas coletivas possuem mais eficácia,

por atingirem uma população maior com o mesmo dispêndio que demanda o mesmo aparato para o atendimento individual.

Portanto, a Vigilância pode trazer grandes contribuições, uma vez que as suas práticas envolvem um conjunto de orientações de caráter clínico-indivíduo, epidemiológico-coletivo e administrativo. O individual atende à demanda espontânea, fundamentada na racionalidade clínica. O coletivo abrange saberes e técnicas que compõe a Vigilância Epidemiológica, tais como indicadores de prevalência, de incidência e distribuição dos riscos sociais e de grupo, assim como indicadores de qualidade de vida e de desigualdade social. E o administrativo que engloba um conjunto de procedimentos ligados à coordenação e supervisão de recursos humanos e distribuição das atividades entre a equipe.

No próximo item vamos acompanhar o processo mediante o qual se constituiu a Vigilância Epidemiológica no contexto do SUS e no Estado de Santa Catarina.

1.4. Estrutura da Vigilância Epidemiológica no Contexto do SUS

A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS em Junho de 2003 passou a reforçar uma área estratégica do Ministério da Saúde - MS, fortalecendo e ampliando as ações de Vigilância Epidemiológica. As atividades antes desempenhadas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional da Saúde passam a ser executadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS. Entre estas ações estão incluídos os programas nacionais de combate à dengue, à malária e outras doenças transmitidas por vetores, o Programa Nacional de Imunização, a prevenção e controle de doenças imunopreveníveis como o sarampo, o controle de zoonoses e a vigilância de doenças

emergentes. A Secretaria de Vigilância em Saúde também agrega importantes programas nacionais de combate a doenças que estavam em outras áreas do Ministério da Saúde, como a tuberculose, hanseníase, hepatites virais e DST/AIDS.

Atualmente todas as ações de prevenção e controle de doenças estão reunidas na mesma estrutura, possibilitando uma abordagem mais integrada e eficaz. Além disso, expandindo o objeto da Vigilância em Saúde Pública, a Secretaria de Vigilância em Saúde também passa coordenar as ações do Sistema Único de Saúde - SUS na área de Vigilância Ambiental e de Vigilância de Agravos de Doenças não Transmissíveis e seus fatores de risco. Com base nos dados epidemiológicos, a Secretaria realiza a análise da situação de saúde e o monitoramento de indicadores sanitários do país, possibilitando o aperfeiçoamento do processo de escolha de prioridades e definição de políticas, bem como a avaliação do impacto dos programas de saúde. A atuação da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, também está fundamentada pela construção de parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e também com instituições de pesquisas nacionais e estrangeiras.

1.5. A Realidade de Santa Catarina

Define o artigo 2º da portaria 1399/99, que compete aos Estados a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde. Em Santa Catarina estas atribuições são de responsabilidade da Diretoria de Vigilância Epidemiológica que é uma instituição pública vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Entre suas atribuições de acordo com o CONASS (2003), destacam-se as ações:

- Coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle;
- Execução das ações de Epidemiologias e Controle de Doenças de forma complementar à atuação dos municípios;
- Definição em conjunto com gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite-CIB, da Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;
- Assistência técnica aos municípios;
- Gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual;
- Divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- Coordenação das ações de vigilância entomológicas para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos
- Coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento de água de consumo humano,
- Coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos relativos a Vigilância Epidemiológica;
- Provimento de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica;
- Capacitação de recursos humanos;
- Coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações

Entre as várias ações atribuídas a Diretoria de Vigilância Epidemiológica interessamos de forma particular a vigilância e o controle do vírus HIV/AIDS, temática deste estudo. Pretendemos no próximo capítulo apresentar a origem do HIV/AIDS e suas formas de transmissão.

CAPITULO 2 - PANORAMA DA AIDS: DA IDENTIFICAÇÃO AOS ÍNDICES ATUAIS

2.1. Origem do HIV/AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é definida como “quadro associado a uma doença indicativa de defeito na imunidade mediada por células, ocorrendo em pessoa que não tenha outra causa para determinar a imunodeficiência, além da presença do HIV” e se constitui em um problema de saúde pública de extrema relevância. É uma doença infecto contagiosa, na qual o Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV compromete o sistema imunológico do ser humano. Após a contaminação, o indivíduo pode viver alguns anos sem que a doença se manifeste, embora ele já seja portador do vírus HIV, ou soropositivo.

Segundo indicam os dados epidemiológicos a AIDS teve sua origem na África há mais de 40 anos, mas, somente em 1978, ao surgirem os primeiros casos em São Francisco, nos Estados Unidos da América é que a doença adquiriu notoriedade, os portadores tratavam-se de cinco homens homossexuais. Por esta razão, inicialmente a doença foi atribuída a grupos sociais discriminados; denominada como “peste gay”. Para Balandir (1988), nenhuma outra epidemia manifestou com tanta intensidade, a figura da desordem insidiosa, onipresente, devastadora. O vírus é maligno, antes de atacar por dentro, ele já devasta a vida de relações da pessoa que o hospeda, ele é difícil de ser sitiado e combatido. Ele aparece, ao mesmo tempo presente e ausente. Acrescenta o autor que o deslocamento do real ao simbólico, do real ao imaginário, encontrou no caso da AIDS, vias fáceis de acesso, uma vez que seus veículos de transmissão são o sangue e o esperma.

Com a evolução científica, após décadas de convivência com o vírus, restou constatado que não há grupos de riscos, ou segmentos sociais mais ou menos expostos à contaminação pelo vírus, e no dizer de Sprinz (1999), “para ser contaminado pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV, basta ser humano”.

2.2. Formas de Transmissão

Para Paulilo (1999), o surto epidêmico no qual a AIDS se apresenta tem surpreendido pela rapidez de sua disseminação e pela sua letalidade. Sabe-se que a AIDS é uma doença primordialmente disseminada através de comportamentos individuais e ou coletivos. Camargo (1994) observa que embora a ciência moderna possua, hoje, o controle sobre as epidemias, a AIDS surge carregando o paradoxo entre a vida e a morte, pois tem como responsáveis pela transmissão o sangue e o espermatozoides veículos de manutenção da vida.

De acordo com a Coordenação Nacional de DST/AIDS/MS, existem quatro principais vias de transmissão do vírus HIV:

- Sexual;
- Sanguínea (em receptores de sangue ou hemoderivados e em usuários de drogas injetáveis)
- Vertical (da mãe para o filho, durante a gestação, parto ou por aleitamento);
- Além dessas formas, mais freqüentes, também pode ocorrer a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo HIV.

É preciso levar em consideração ao analisarmos as diferentes formas de transmissão que o crescimento significativo da doença se deu inicialmente pelo fato de ter sido vinculada principalmente às pessoas consideradas de grupos de risco.

2.3. Contexto da Instituição do Programa Nacional de DST/Aids

Levando em consideração o crescimento da epidemia e a pressão de seguimentos organizados da sociedade o Estado Brasileiro através das políticas de atenção à saúde, instituiu através de uma portaria ministerial em 1985, a Divisão Nacional de Controle das DST/Aids do Ministério da Saúde (ABIA, 1997).

A Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde é responsável por definir e promover, em âmbito nacional, a implantação de políticas de saúde voltadas à prevenção da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis - DST e do HIV/AIDS, e também do uso indevido de drogas. Atua nas mais diversas áreas, como prevenção, assistência, pesquisa e direitos humanos. Apóia as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no desenvolvimento institucional e da Vigilância Epidemiológica; na implantação de Centros de Aconselhamento Testagem Anônima; na capacitação de profissionais; na garantia e distribuição de medicamentos anti-retrovirais, testes rápidos e tratamento para gestantes HIV positivas; e na realização de campanhas educativas em massa na mídia nacional (CONASS, 2003).

2.4. Contexto da Instituição do Programa DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita no Estado de Santa Catarina

Em 1985, o Programa de Controle da AIDS no Estado de Santa Catarina foi inserido como uma das atividades das Doenças Sexualmente Transmissíveis, no Serviço de Dermatologia Sanitária.

Com o surgimento dos primeiros casos de AIDS tornou-se imprescindível à implantação de um programa no Estado. Para efetivar a sua implantação no Estado de Santa Catarina foi necessária a participação da Secretaria de Estado da Saúde, envolvendo o Serviço de Dermatologia Sanitária, o Hemocentro e a extinta Fundação Hospitalar de Santa Catarina.

De acordo com os boletins epidemiológicos consultados o primeiro caso de AIDS em Santa Catarina foi notificado em 1984, no ano seguinte não houve o registro de casos. Entretanto, a partir de 1986/87, quando foram notificados 08 e 17 casos, respectivamente, a incidência passou a aumentar progressivamente, tal progressão para o Estado representava níveis alarmantes.

Com o objetivo de amenizar este quadro foi implantado extra-oficialmente, a partir de 1987, a Coordenação Estadual do Programa de DST/AIDS, vinculada à Diretoria de Assuntos básicos de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

Com a reforma administrativa que ocorreu em 1991 em todos setores da saúde do Estado, o programa passou a fazer parte da Diretoria de Vigilância Epidemiológica e somente em 1994 o Programa foi elevado a Gerência de DST/Aids.

Com a posse do governador, em 1999, ocorre uma nova reforma administrativa e como meio de enxugar a máquina governamental a Gerência retrocede e passa a ser

novamente um Programa vinculado à Gerência de controle de Doenças, o que conseqüentemente desloca para outro setor a autonomia conquistada.

Segundo o informativo epidemiológico (2004), desde o início da epidemia HIV/AIDS, Santa Catarina vem despontando com várias cidades em primeiros lugares no ranking nacional de incidência epidemiológica. Considerando o crescimento da epidemia, bem como a pressão de entidades e profissionais esta medida foi revista e assim, conforme consta no Diário Oficial do Estado de Santa Catarina de 17/08/2000, o Programa Estadual de Prevenção e controle das DST e AIDS, retorna a condição de Gerência de Controle da AIDS.

Com a inserção de uma nova estrutura política em 2003, a Gerência foi renomeada como Divisão de Vigilância das DST/HIV/AIDS e Sífilis Congênita fazendo parte da Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

2.5. Atribuições da Divisão DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita³

- Programar, orientar, normatizar, coordenar, avaliar e controlar as atividades desenvolvidas para a prevenção e controle das DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita, com base nas diretrizes estabelecidas pelo MS;
- Promover e participar de estudos, pesquisas epidemiológicas ou técnico-operacionais visando obter subsídios necessários ao incremento e utilização de métodos e medidas de controle;
- Divulgar permanentemente em meios de comunicação e setores que promovem educação em saúde informes epidemiológicos, técnicos e operacionais;

- Elaborar, analisar, avaliar, assessorar e monitorar projetos destinados à promoção, prevenção e proteção à DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita;
- Articular-se com as Organizações Governamentais - OGs, Organizações não Governamentais - ONGs, outras Secretarias e Municípios para que desenvolvam projetos afins;
- Prever, adquirir, distribuir e controlar os medicamentos para as infecções oportunistas decorrentes da Aids;
- Divulgar normas e rotinas referentes a atenção de pessoas com DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita, preconizadas pela Secretaria de Estado da Saúde e MS;
- Garantir a dispensação laboratorial para diagnóstico da infecção pelo HIV;
- Elaborar diagnóstico epidemiológico para subsidiar as ações de controle e prevenção da Divisão de Vigilância das DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita;
- Organizar, coordenar e participar de eventos relativos a prevenção das DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita.

Atividades realizadas pela instituição:

- Planejamento de campanhas educativas/informativas;
- Avaliação, seleção e aprovação de material educativo/informativo;
- Organizar os serviços de DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita;
- Elaborar projetos de prevenção;
- Avaliar e selecionar projetos de Organizações Governamentais (OG) e Organizações Não Governamentais (ONGs);

³ Protocolo de atribuição da Divisão DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita do Estado de Santa Catarina

- Avaliar e acompanhar o Plano de Ações e Metas nos programas municipais;
- Realizar reuniões, seminários e encontros para definição de necessidades às ações de DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita;
- Estabelecer prioridades pertinentes à prevenção das DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita;
- Articular com as Gerências Regionais de Saúde (GERSAs) DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita;
- Receber, armazenar e distribuir preservativos (masculino e feminino) conforme diretrizes do MS/SES;
- Estabelecer Parcerias.

A Divisão DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita têm como objetivo geral promover a universalidade e a equidade; reduzir a transmissão do HIV; ampliar o diagnóstico e a assistência; bem como fortalecer as redes sociais.

2.6. A Realidade Atual da Aids:

2.6.1. No Mundo

Segundo números do informe 2003 da Unaid - órgão da ONU para o combate à aids, cerca de 40 milhões de pessoas no mundo vivem com HIV/AIDS, incluindo estimadas 2,5 milhões de crianças com menos de 15 anos de idade.

Em termos demográficos, a AIDS trouxe um aumento significativo nas taxas de mortalidade de vários países da América, Europa Ocidental e África Subsaariana, tornando-se uma das principais causas de morte nos grupos etários de 20 a 40 anos.

A África Subsaariana continua sendo a região mais afetada do mundo com cerca de 3,2 milhões de novas infecções e 2,3 milhões de mortes em 2003. A Organização Mundial da Saúde projeta para a África Subsaariana uma queda na expectativa de vida de 62 para 42 anos. O sul da África abriga em torno de 30% das pessoas que vivem com HIV/AIDS no mundo. Em Botsuana e Sualilândia, o índice de infecção do HIV/AIDS entre adultos é de 40%. Uma em cada cinco mulheres grávidas em alguns países africanos está infectada com o vírus HIV.

De acordo com o estudo realizado pela Unaid, a epidemia está se alastrando em países densamente povoados como Índia, China, Indonésia, Nova Guiné, Vietnã e Leste Europeu.

Atualmente mais de 2 milhões de pessoas convivem com o vírus do HIV na América e no Caribe, incluídas as cerca de 200 mil que contraíram o vírus em 2003, período no qual mais de 100 mil morreram de AIDS na região, segundo a Unaid. A América Latina e o Caribe têm o mais alto número de vítimas fatais em escala regional depois da África Subsaariana e da Ásia.

2.6.2. No Brasil.

No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez em 1980, levando-se em conta o período da infecção pelo HIV, pode-se deduzir que o vírus foi introduzido no país na década de 70. Os primeiros casos foram detectados na cidade de São Paulo, posteriormente foram detectados casos no Rio de Janeiro, a partir do litoral Sudeste, depois avançou para as regiões Nordeste, Centro Oeste e Norte. Atualmente, a maioria dos municípios brasileiros já registrou casos.

De acordo com o Boletim Epidemiológico AIDS nº 01, 2005, existem hoje 362.364 casos de AIDS notificados em todo o país, este dado permite medir a extensão da epidemia apenas de forma relativa, pois este é o número de pessoas que desenvolveram a doença. O número de portadores assintomáticos do vírus, ou seja, pessoas que ainda não apresentaram sintomas, é quase o dobro, 600 mil.

Nos últimos cinco anos, o número de casos novos anuais caiu, de 30 mil para 22 mil, o mesmo se aplica com relação aos óbitos, este fato pode ser interpretado como resultado do acesso e a eficácia dos medicamentos anti-retrovirais e a descoberta precoce de sua condição de soropositividade, permitindo uma resposta mais eficaz ao tratamento. Entretanto isto não se aplica a região sul do país, Santa Catarina, Rio grande do Sul e o Paraná que continuam com um alto índice de óbitos em pacientes com AIDS. Este ano foi realizado pelo Ministério da Saúde a 2ª Reunião Macrorregional Sul de AIDS que teve por objetivo discutir estratégias para diminuir este índice. Os Estados alegam que várias causas podem contribuir para isso, entre as quais, a alta incidência de contaminação pelo uso de drogas injetáveis que inviabiliza a qualidade na adesão ao tratamento, bem como a qualidade de vida destes.

2.6.3. Em Santa Catarina

Desde o início da epidemia HIV/Aids, Santa Catarina vem despontando com várias cidades em primeiros lugares no ranking nacional de incidência epidemiológica. A epidemia no Estado tem sido configurada pelo uso de drogas endovenosas e pelo contato heterossexual.

O primeiro caso notificado de AIDS em Santa Catarina ocorreu em 1984, na região oeste do Estado, no município de Chapecó. Desde então, de acordo com os dados epidemiológicos foram notificados 15.646 casos de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais de idade e 769 casos em menores de 13 anos (até 09/08/2004). No final da década de 1980, a relação homem/mulher era em torno de 16 homens infectados para cada mulher. Hoje esta relação está em 2/1 e em alguns municípios da região litorânea a relação de razão entre sexo já é de igualdade 1/1. Este fator agravante é evidenciado pelo crescimento dos casos em mulheres, constatando uma expressiva participação destas no perfil da epidemia, (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, nº 01/2005).

As regiões mais atingidas no início da epidemia foram as de Itajaí e Florianópolis. Em seguida, a epidemia se difundiu para as regiões do norte e do sul do Estado, com taxas mais elevadas no litoral.

Entre 1987 a 1992, 45% dos casos de AIDS concentravam-se na subcategoria de exposição usuário de drogas injetáveis - UDI e 27% na subcategoria de homo/bissexual. Atualmente a subcategoria de exposição heterossexual corresponde a 45% e a subcategoria UDI 35,3%. Podemos observar uma mudança no perfil dos casos segundo categoria de exposição, com aumento da categoria heterossexual e diminuição da categoria de drogas injetáveis, este fator pode ser atribuído a feminização da epidemia.

2.7. Processo Epidemiológico do HIV/AIDS: Necessidade de Intervenção Profissional Interdisciplinar

A epidemia da AIDS é uma realidade mundial que se alastra de modo mais expressivo nas regiões mais pobres do planeta e contribui para o agravamento da pobreza e para o endividamento dos países. (PIMENTA e SOUTO, 2003)

Isto nos permite afirmar que as seqüelas sociais derivadas da epidemia da AIDS expõem a sua face mais cruel através dos atuais modelos de exclusão social oriundos da mercantilização da assistência à saúde, das terapêuticas utilizadas, que inviabilizam o acesso aos medicamentos e exames periódicos, das normas postas para a prevenção da contaminação pelo HIV, que não levam em conta as adversidades culturais humanas, formas de exercer a sexualidade, religiões e minorias socialmente subjugadas. Essa epidemia afeta as pessoas na plenitude de sua vida e combina a falta de recursos ao alto custo da atenção.

Apesar de uma tendência à pauperização da epidemia da AIDS no Brasil, ela ainda esta concentrada nas regiões mais ricas, mas que paradoxalmente também concentram os mais altos índices de desigualdade social e exclusão econômica e social, como é característica das periferias das grandes cidades.(PIMENTA e SOUTO, 2003)

Isto nos mostra que as camadas mais pobres da sociedade economicamente desenvolvidas é que estão sendo majoritariamente atingidos pela doença. Neste sentido, a pobreza também diz respeito a populações com dificuldade de acesso aos serviços de saúde e educação, vivendo da economia informal, além de outras condições de vulnerabilidade, como a violência urbana, a falta de oportunidades profissionais, exposição ao uso de drogas lícitas e ilícitas, desigualdade de gênero, entre outras condições que ampliam as chances de infecção ao HIV.

A epidemia da AIDS, nos últimos anos vem apresentando mudanças no perfil epidemiológico tanto em âmbito mundial como nacional e estadual. O crescimento da epidemia torna-se mais diferenciada entre homens e mulheres demonstrando uma tendência da epidemia caracterizada pela feminização que é o crescente número de mulheres infectadas pelo vírus, pela pauperização que advêm das condições econômicas que geram o empobrecimento e miserabilidade das classes sociais de baixa renda, pela

heterossexualização que desmistificou a idéia de que a AIDS era doença que acometia somente aos homossexuais e pela interiorização que é o avanço da AIDS em lugares onde até o momento não havia se registrado nenhum caso, ou seja, o interior das cidades.

Entretanto, para (PIMENTA e SOUTO, 2003), desde final de 1985, até o momento, o cenário brasileiro para o enfrentamento da epidemia em muito se alterou, tendo que ser consideradas não somente as alterações do perfil epidemiológico da infecção do HIV/AIDS. Uma das características marcantes dos últimos anos tem sido o crescente aumento de sobrevivência dos casos de AIDS e a mudança da história natural da doença. Com a disponibilidade do tratamento com anti-retrovirais, há uma redução considerável na mortalidade por AIDS e uma melhora da qualidade de vida destas pessoas.

Isto demonstra as mudanças no cenário político econômico. Este fato se deu principalmente pela participação da sociedade civil na efetivação de políticas públicas que vem ao encontro de estratégias relacionadas à assistência e prevenção da epidemia pelo HIV no país.

Concluem as autoras dizendo que as políticas de desenvolvimento de cada país não são definidas apenas internamente, mas são dependentes e estão articuladas a processos mundiais que não são necessariamente igualitários, sendo as inserções e o peso de cada país diferentes e desiguais. Portanto, não é possível excluir as questões da epidemia da Aids das políticas de desenvolvimento, tanto no sentido de que suas causas são aí encontradas como também as estratégias para combatê-las derivam diretamente do modo como as políticas públicas são pensadas e executadas.

Com base no exposto é possível afirmar que a eficácia de políticas que ofereçam qualidade de vida para quem tem AIDS e que possibilitam a prevenção dependem de políticas sociais que permitam um cotidiano com comida, trabalho, dignidade, condições para que se trabalhe auto-estima, sexualidade, desigualdade de gênero, entre outros temas

que estão relacionados com os princípios fundamentais dos direitos humanos, que diminuam as vulnerabilidades e promovam práticas sociais coletivas de pessoas com direitos, usufruindo sua cidadania.

Westrupp (Apud Carmo, 2002, p. 23) alerta:

(...) é necessário que haja, no âmbito governamental, um programa de controle a AIDS, em todos os níveis de atuação, que ofereça informação e educação sobre HIV/AIDS, de forma abrangente e sistemática dentro da realidade de cada comunidade; que dê garantia ao indivíduo, de ter acesso aos serviços de saúde, com o oferecimento e assistência básica (diagnóstico e tratamento) bem como promova a integração dos serviços existentes, tanto na área social quanto de saúde.

As políticas públicas voltadas à promoção e prevenção das DST e do HIV/AIDS, no Brasil, objetivam: a intervenção comportamental voltada para populações vulneráveis e em situação de risco; a mobilização social focalizando o trabalho na participação cidadã e no fortalecimento de grupos sociais específicos mais vulneráveis; e a intersectorialidade das políticas e ações de prevenção com outras áreas do governo como, por exemplo, a educação e do setor privado visando uma resposta para o enfrentamento da epidemia.

Os princípios e diretrizes que orientam esta política são:

- Atitudes de solidariedade em relação às pessoas que vivem com HIV/AIDS;
- Garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas que vivem com HIV/AIDS;
- Acesso à rede de saúde e disponibilização de insumos de prevenção: preservativos masculinos e femininos, gel, agulhas, seringas e materiais educativos;
- Acolhimento, aconselhamento e tratamento das pessoas infectadas pelo HIV e portadores de DST nos serviços de saúde;

- Descentralização, institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde no que se refere à prevenção, promoção e educação em saúde.

Esse conjunto de medidas tem como suporte ações de intervenção que visam reduzir o impacto da epidemia sobre seguimentos mais vulneráveis da população. São ações orientadas segundo critérios de abrangência populacional, epidemiológico e de focalização, priorizando as ações dirigidas para populações mais vulneráveis. Essas ações são executadas pelos Programas Estaduais e Municipais de DST/HIV/AIDS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e pelas organizações da sociedade civil, a partir do apoio a projetos específicos considerados estratégicos para o enfrentamento da epidemia no país.

Considerando a complexidade e a magnitude do HIV/AIDS, pois não é somente o vírus que pode levar o indivíduo a desenvolver a AIDS. É também o vírus ideológico do pânico, dos preconceitos e da discriminação. O desafio crítico para a prevenção e assistência do HIV/AIDS é promover a capacidade individual de aprender e de responder à AIDS.

Na sua trajetória histórica, a AIDS tem se configurado como um fenômeno que se construiu socialmente. Neste sentido, a temática da AIDS e suas implicações têm se mostrado como um elemento instituinte da ação do Serviço Social.

Além dos princípios e diretrizes que regem as políticas em relação ao portador do vírus HIV/AIDS, há uma vasta legislação, (Leis, Portarias e Decretos) que merecem ser destacadas, pois asseguram direitos civis, políticos e sociais:

- Lei nº 9316/93 – Assegura às pessoas soropositivas acesso a todos os medicamentos necessários. Acesso a exames complementares: carga viral, CD4 e genotipagem para o HIV;
- Lei nº 670/88 – As pessoas portadoras do HIV tem o direito de efetuar levantamento do FGTS e do PIS;

- Lei nº 7713/88 – Isenta as pessoas com AIDS de pagamentos de imposto de renda sobre proventos recebidos em função de aposentadoria por invalidez decorrente da AIDS;
- Lei nº 7670/88 – Servidores civis e militares, com AIDS, tem sua aposentadoria assegurada com proventos integrais independente do tempo de serviço;
- Portaria nº 869/92 – Proíbe a exigência de teste HIV, tanto nos exames admissionais como nos demissionais e periódicos;
- Portaria Interministerial nº 796/92 – Proíbe a realização de teste sorológico compulsório para a admissão e manutenção de matrícula na rede regular de ensino. Não devem ser exigidos também para a contratação ou manutenção de emprego de professores e funcionários de estabelecimento de ensino;
- Decreto nº 3048/99 – art 71 – Trata de auxílio doença independente do período de carência do segurado aos portadores de Aids;
- Resolução do CFM nº 1539/92 – “O atendimento profissional de portadores do HIV é um imperativo moral da profissão e nenhum médico pode recusá-la”.

Seguramente a AIDS é um dos muitos desafios que o Serviço Social deverá enfrentar na década de 90 (FALEIROS, 1996 e NETTO, 1996). Para que os Assistentes Sociais possam responder às muitas demandas existentes e emergentes nesta esfera, faz-se necessário que melhor conheçam as questões que derivam da AIDS, como minorias; classes sociais; saúde pública; exclusão/inclusão; Estado; empregabilidade e outros. É fundamental ter-se conhecimento teórico, vontade política e competência técnica (NETTO, 1996). Há que se ter clareza de que o que se encontra em jogo não é apenas a resposta imediata a demandas postas na prática profissional, mas uma reelaboração e redefinição das formas de enfrentamento destas a longo prazo, bem como as suas conseqüências para a profissão e para a sociedade.

Conhecer a inserção do Assistente Social nesta nova realidade colocada é o desafio ao qual nos propomos neste estudo.

Abordaremos no próximo capítulo a inserção dos Assistentes Sociais na Divisão Estadual e nos programas DST/HIV/Aids no Estado de Santa Catarina.

CAPITULO 3 - A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS PROGRAMAS DST/AIV/Aids NO ESTADO DE SANTA CATARINA.

3.1. O Contexto da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

Na Diretoria de Vigilância Epidemiológica, o setor de Serviço Social não está incluído enquanto serviço específico, o mesmo se aplica à Divisão DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita e aos Programas municipais. Porém a intervenção profissional do Assistente Social no campo da saúde é assegurada pela Resolução no 287, de 08 de outubro de 1998, que afirma: “A 8ª Conferência Nacional da Saúde concebeu a saúde como *‘direito de todos e dever do Estado’* e ampliou a compreensão da relação saúde-doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como o acesso igualitário de todos os serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social. Além disso, a 10ª Conferência Nacional da Saúde reiterou a necessidade de consolidar o SUS, com todos os seus princípios e objetivos, também a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde e o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior. Entre os profissionais de nível superior se encontra o Assistente Social”.

O Serviço Social se insere, portanto, na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido de promoção da saúde, bem como das formas de adoecer, intervindo, neste sentido, em todos os níveis nos programas de saúde.

Os profissionais atuam na prevenção e promoção à saúde através do controle de doenças, Vasconcelos (2002) complementa dizendo que a educação em saúde se reveste de

extrema importância, visto que atende a um interesse social – de saúde coletiva – e um interesse individual – na construção, manutenção e proteção da vida da pessoa e de sua auto-estima.

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica possui em seu quadro funcional vários profissionais de Serviço Social, lotadas em diversas gerências, atuando no gerenciamento de setores, na coordenação de programas, realizando treinamentos e supervisões. No setor de DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita atuam três Assistentes Sociais. Estes profissionais desempenham as ações de coordenação, setor de prevenção, avaliação e acompanhamento de Projetos e os Planos de Ações e Metas dos programas municipais. A atuação do profissional não está diretamente vinculada no atendimento ao usuário, entretanto estes profissionais em sua prática utilizam toda compreensão teórica, técnica e metodológica de sua formação, pois o Programa exige que estejam permanentemente em busca de conhecimento concernente a complexidade que a função caracteriza.

Para Iamamoto (2003), são três os pressupostos fundamentais para o exercício profissional. O primeiro seria “a apropriação teórico-metodológica das grandes matrizes do conhecimento social”, o segundo “o engajamento nos movimentos políticos da sociedade e da categoria”, e por último, “o aperfeiçoamento técnico-operativo”.

O Serviço Social enquanto profissão particulariza-se nas relações sociais de produção e reprodução da vida social como uma profissão interventiva. Alternando e transformando-se de acordo com mudanças que ocorrem nas questões sociais e nos processos de exclusão.

Isto demonstra que as ações dos Assistentes Sociais que se realizam diretamente nos espaços governamentais, tem sua preocupação voltada para a qualidade do serviço prestado, o respeito aos usuários, investimento na melhoria dos programas institucionais, na rede de abrangência dos serviços públicos, reagindo contra a imposição de crivos de

seletividade no acesso aos atendimentos. A formulação de propostas de políticas institucionais criativas e viáveis, que ampliem os horizontes indicados, zelando pela eficácia dos serviços prestados, requer, portanto “uma nova natureza do trabalho profissional, que não recusa as tarefas socialmente atribuídas a esse profissional” Iamamoto (2003, p. 80), mas é capaz de atribuir um tratamento diferenciado a partir de sua capacitação.

“O Serviço Social na contemporaneidade (...) Exige-se um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua competência crítica: não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade. Alimentado por uma atitude investigativa. O exercício profissional cotidiano tem ampliado as possibilidades de vislumbrar novas alternativas de trabalho neste momento de profundas alterações na vida em sociedade. (...) um profissional criativo e inventivo, capaz de entender o tempo presente, os homens presentes, a vida presente e nela atuar, contribuindo, também, para mudar os rumos da história”.

Durante o período de estágio na Divisão DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita, fomos nos inserindo nas funções diárias da Divisão, atuando de forma ativa e integral. Este processo implicou inteirar-me de todos os programas pertinentes a Divisão a fim de poder atuar no seu trabalho. Isto permitiu apropriar-me das rotinas e dos trabalhos desenvolvidos pela Divisão, bem como apreender as diversas e complexas atividades ali desenvolvidas.

Neste sentido é preciso destacar que os Programas de DST/HIV/Aids não conseguem realizar seu trabalho de maneira autônoma e satisfatória sem articular com os diversos atores sociais uma ação conjunta, pois o trabalho com políticas depende da aceitação da sociedade, contribuição de seus parceiros de projetos/ONGs - Organizações não Governamentais. A eficácia dos trabalhos da Divisão se relaciona à sua capacidade de articular com colaboradores suas políticas e interagir nos projetos, permitindo avanço ou retrocesso.

A prevenção trabalha com a detecção precoce de enfermidades. O adoecimento ou a doença é a questão central assim como a detecção dos fatores causadores desta, enquanto a correção é o objeto de trabalho.

Diante da complexidade dos serviços realizados neste setor sentimo-nos instigados a realizar uma pesquisa para saber da inserção do Assistente Social nestes Serviços no Estado de Santa Catarina.

Para realizar o estudo, iniciamos pela pesquisa documental, utilizamos para tal levantamento documentos oficiais da instituição como: o cadastro dos Programas DST/HIV/Aids no Estado, onde consta a respectiva equipe de profissionais, entre os quais identificamos 31 Assistentes Sociais. Realizamos o primeiro contato com algumas profissionais durante a reunião estadual que ocorreu em preparação ao “Dia Mundial da Luta Contra a Aids”.

Causou-nos surpresa quando algumas profissionais abordadas durante o processo de sensibilização para responder ao questionário para realizar a pesquisa nos responderam que no momento não estavam atuando como Assistentes Sociais. Questionadas a respeito de suas respostas, uma Assistente Social respondeu que ela não vinha realizando a prática convencional que realizava anteriormente, ou ainda mostrando uma certa resistência com relação à pesquisa. Isto reflete um pouco da fala de Vasconcelos (2002), alguns Assistentes Sociais parecem mostrar receio diante de uma possível avaliação do seu trabalho ou insegurança em relação à direção e planejamento de suas ações. Iamamoto (2003) comentando a respeito da sintonia do Assistente Social com os novos tempos acrescenta haver uma necessidade de o profissional propor e negociar projetos com a instituição na qual trabalha a fim de assegurar suas qualificações e funções profissionais. Para que consiga construir propostas de trabalho capazes de preservar e construir direitos torna-se necessário ir além das rotinas institucionais e captar o movimento da realidade a fim de

identificar tendências e possibilidades que viabilizem a ampliação do seu fazer profissional.

3.2. Percurso Metodológico da Pesquisa

As ações de prevenção em DST/HIV/Aids tem como referencial teórico à noção do processo saúde-doença como resultado de determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos. Além disso, os princípios e as diretrizes que regem as ações de prevenção para as DST/HIV/AIDS estão baseados em conceitos e marcos teóricos na perspectiva de vulnerabilidade ou risco acrescido para a infecção pelo HIV/AIDS, tendo como princípio os direitos humanos (CONASS, 2003).

A promoção da saúde implica um contínuo viver saudável e considera que sempre é possível conquistar melhores índices de saúde, considerando os múltiplos determinantes desse processo. A promoção da saúde como colocado pela Carta de Ottawa, se descreve como “processo de capacitar indivíduos e comunidades para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde”.

Diante do exposto acima, sentiu-se a necessidade de identificar o processo de trabalho do Assistente Social nos programas DST/HIV/Aids no Estado de Santa Catarina da rede pública de saúde das esferas Estadual e Municipais que estão envolvidos em ações de DST/HIV/AIDS, tanto na prevenção como na promoção e assistência aos pacientes, grupos e comunidades, como também os envolvidos no gerenciamento e planejamento de ações.

Para tanto se objetiva:

- Identificar o profissional Assistente Social inserido nos Serviços DST/HIV/Aids;
- Identificar o tempo de formação e o tempo de serviço nessa área;
- Conhecer as ações de promoção e prevenção do Assistente Social nos Serviços DST/HIV/Aids;
- Identificar as limitações de atuação do Assistente Social dentro dos Serviços DST/HIV/Aids, qual seu vínculo funcional e se possui treinamento para desempenhar seu trabalho;

Para atingir os objetivos propostos pelo projeto foram utilizados vários instrumentos de coletas de dados. Conforme Batista (2000:51-52):

“A coleta de dados, em geral, inicia-se por uma aproximação preliminar exploratória que busca levantar informações que irão compor um primeiro quadro de situação geral (...) A coleta de dados para ação planejada deverá se processar de maneira acumulativa. Dessa forma, a preocupação com a coleta de dados não se esgota em determinado momento do planejamento, mas é permanentemente realimentada por observações, informações procedentes de novos estudos e pesquisas e/ou avaliações da ação desencadeada”.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa do tipo documental⁴, a qual foi fundamental para identificar o profissional Assistente Social nos serviços/programas. Foi utilizado para tal levantamento, o cadastro dos serviços/programas disponíveis na Divisão DST/HIV/Aids, onde consta a respectiva equipe de profissionais, entre os quais o profissional Assistente Social. Foram pesquisados os seguintes serviços:

- A Coordenação Estadual;
- As Coordenações Municipais;
- As Coordenações das Gerenciais Regionais de Saúde;

- Os Programas Municipais;
- Os Ambulatórios Estaduais e Municipais;
- Os Centros de Testagem e Aconselhamento;

Após ser realizada a pesquisa descritiva para obter estas informações, construiu-se um questionário⁵ contendo perguntas para que se obtivesse dados concernentes:

- À instituição;
- À identificação do profissional;
- Às ações desenvolvidas pelo assistente social no serviço;
- Às limitações/dificuldades presentes no desenvolvimento de suas ações;

O questionário foi encaminhado aos serviços/programas juntamente com um documento oficial informando a finalidade da pesquisa e sensibilizando todos os assistentes sociais para fornecerem os dados solicitados.

Alguns questionários acompanhados pelo documento oficial foram encaminhados via postal na primeira semana de outubro de 2004. Outros foram entregues pessoalmente durante o encontro realizado com os profissionais, realizado pela Coordenação Estadual para definir a programação para o “Dia Mundial da Luta Contra a Aids”. Obtivemos o retorno destas informações na quinzena de novembro de 2004. Os questionários devolvidos tiveram suas respostas avaliadas e tabulados em um gráfico construído para este fim.

⁴ Conforme Marconi e Lakatos (1990:57), “A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois”.

⁵ Conforme Gil (2000: p.128), questionário é “a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.”.

3.3. Apresentação dos Resultados da Pesquisa

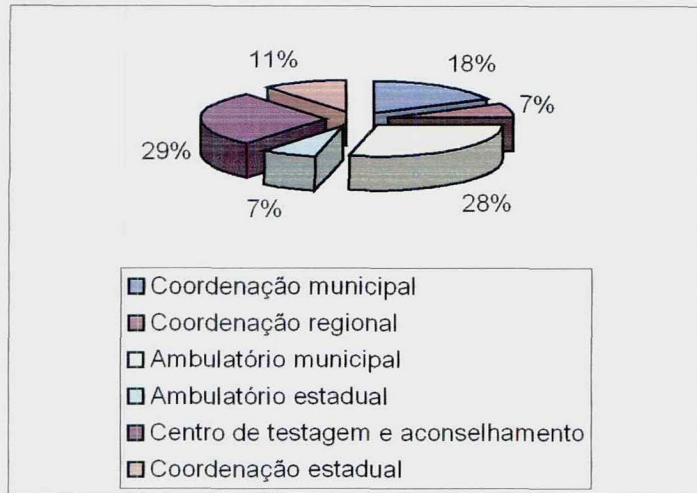
O projeto de pesquisa foi realizado no decorrer do estágio obrigatório no segundo semestre de 2004, assim como a aplicação do questionário aos profissionais do Serviço Social inseridos nos programas DST/HIV/Aids no Estado e municípios. Foram encaminhados 31 questionários, dos quais retornaram 28, o que demonstra que a pesquisa de campo obteve boa aceitação. Com o retorno destes dados foi possível a realização desse Trabalho de Conclusão de Curso pela quantidade e qualidade de material obtido. A partir desse capítulo serão apresentados os dados conforme o roteiro que a pesquisa viabilizou. O resultado e análise desses dados permitiram identificar a inserção dos profissionais Assistentes Sociais nos Programas de DST/HIV/Aids.

3.3.1. Identificação dos Profissionais e Ações que Desenvolvem

Os profissionais pesquisados podem ser relacionados conforme o seu local de atuação. Todos os Assistentes Sociais trabalham em uma das esferas a seguir apresentadas:

Para melhor visualizar as esferas e responsabilidades dos profissionais Assistentes Sociais, vamos representar em um gráfico a sua atuação.

Gráfico 01: Local de atuação dos profissionais

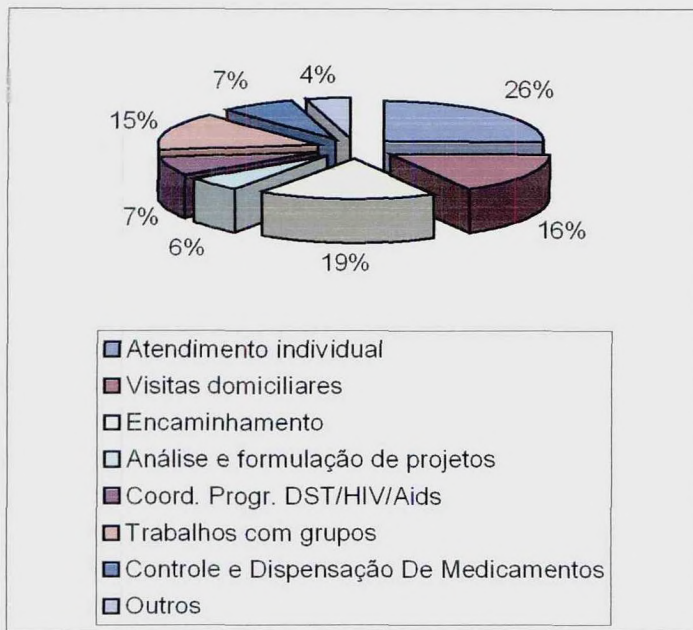


Fonte Primária

O gráfico explicita a esfera de atuação dos profissionais Assistentes Sociais dentro do Programa, o que nos permite concluir que estes realizam suas ações em diferentes esferas.

3.3.2. A Inserção dos Assistentes Sociais nos Programas.DST/HIV/AIDS

Conforme respostas dos profissionais pesquisados, as ações que desenvolvem nos Programas, estão assim representadas:

Gráfico 02: Ações desenvolvidas nos Programas

Fonte Primária.

De acordo com as respostas a pesquisa identificou que os profissionais Assistentes Sociais que atuam nos Programas realizam predominantemente atendimentos individuais de caráter educativo e assistencial, com destaque para as entrevistas, orientações e aconselhamentos que tem como função a inserção, prevenção e promoção dos assistidos à informação para a autonomia e o desempenho de cidadania. A segunda atividade significativa realizada pelos Assistentes Sociais é representada pelos encaminhamentos para benefícios, documentos, cestas básicas, exames de alto custo, entre outros e de visitas domiciliares. Tais ações se inscrevem entre aquelas tradicionalmente desenvolvidas pelos profissionais, demonstrando que há predomínio das atividades que caracteriza a identidade da profissão.

Além disso, a pesquisa demonstra que já é perceptível a participação dos profissionais do Serviço Social em atividades que até então vinham sendo ocupados por

outros profissionais, o que demonstram a ampliação dos espaços de atuação. Entre as atividades destacam-se os trabalhos com grupos, coordenação do Programa e análise e formulação de projetos.

O trabalho com grupos de usuários e familiares torna-se relevante considerando que no trabalho coletivo há maior possibilidade de articulação objetivando melhorar a adesão ao tratamento, apoio e alívio de tensão pela condição vivenciada, bem como o fortalecimento do grupo para enfrentar as questões que resultam da AIDS.

A atuação do profissional na coordenação do Programa e na análise e formulação de projetos é assegurada pela Lei 8662/93 que regulamenta a profissão, em seu artigo 4º inscreve as competências do Assistente Social, evidenciando as tarefas que estão sendo desenvolvidas, caracterizando, assim, ampliação de suas atividades. Diversos autores apontam para os desafios do Serviço Social na contemporaneidade, Iamamoto (2003: 20) reitera que:

“Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo”.

Falando dos processos de trabalho dos profissionais Assistentes Sociais, Mioto (Apud Lima 2004) afirma que as ações profissionais podem estruturar-se em três eixos norteadores dialeticamente articulados pela investigação e intervenção: Processos Políticos-Organizativos: compreendidos como área de trabalho dos Assistentes Sociais focados na participação social e na esfera pública. Nesse espaço, o profissional desenvolve ações de assessoria e mobilização, efetivadas por atividades em grupos, individuais e coletivas, fazendo uso de diferentes instrumentos de intervenção. Processos de Planejamento e Gestão: compreendidas como desenvolvimento de ações de assessoria e consultoria no âmbito público e privado. Tais ações estão voltadas para o desenvolvimento

e capacitação de recursos humanos e gerenciamento de programas, projetos e serviços. Processos sócio-Assistenciais: consiste na intervenção direta com os usuários e familiares e demais segmentos sociais de sua área de atuação. A atuação do profissional nessa esfera tem como objetivo contribuir para que juntamente com os usuários se consiga responder as demandas colocadas na perspectiva de cidadania e de direitos. Fazem parte desse eixo quatro categorias de ações: sócio-educativas; sócio-emergenciais, sócio-terapêuticas e periciais.

Partindo da visão teórica preconizada por Miotto (Apud 2004) é possível entender que os profissionais Assistentes Sociais da coordenação municipal, regional e estadual desempenham ações norteadas pelos eixos Processos Políticos-Organizativos e Processos de Planejamento e Gestão. A atuação dos profissionais Assistentes Sociais nos ambulatorios seja, estadual ou municipais, prestam atendimento diretamente ao usuário e seus familiares, desempenhando ações norteadas pelo eixo: Processos sócio-Assistenciais. Diversos autores têm pontuado acerca da atuação do profissional Assistente Social em instituições desempenhando as atividades historicamente consagradas e ampliando sua atuação. Entre os autores destaca-se Iamamoto (2003: 130), afirmando que:

“O assistente social tem sido solicitado ainda para atuar no campo de treinamento e reciclagem de pessoal, no desenvolvimento de programas voltados à saúde do trabalhador (prevenção de: stress, do uso de drogas, de doenças sexualmente transmissíveis, de acidente de trabalho e atendimento à saúde da mulher), coordenação de programas de escolarização, programas de atenção à saúde, envolvendo acompanhamento de pacientes, inserção em equipe interdisciplinar, etc”.

A autora, falando dos rumos éticos políticos do trabalho profissional indica que os desafios consistem em descobrir alternativas e possibilidades para atuação no cenário atual. É preciso formular propostas para enfrentar a questão social, que venham ao encontro das pessoas e sejam solidárias com sua condição de vida, que sejam vistas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da qualidade de vida.

A Lei 8662/93 que dispõe sobre a profissão do Assistente Social em seu Artigo 4º cita as competências do profissional, da qual destacaremos os incisos que asseguram legalmente seu trabalho em diversas esferas, entre as quais enfatizamos aquelas realizadas dentro do Programa DST/HIV/Aids.

I – elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sócias junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

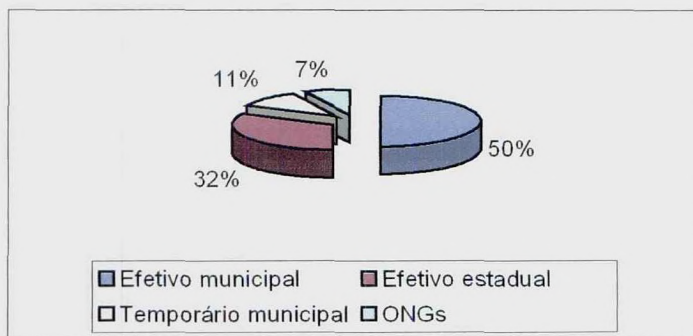
II – elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito do serviço social com participação da sociedade civil;

III – encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e a população;

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos.

VI – planejar, organizar e administrar benefícios sociais.

Gráfico 03: Vínculo profissional



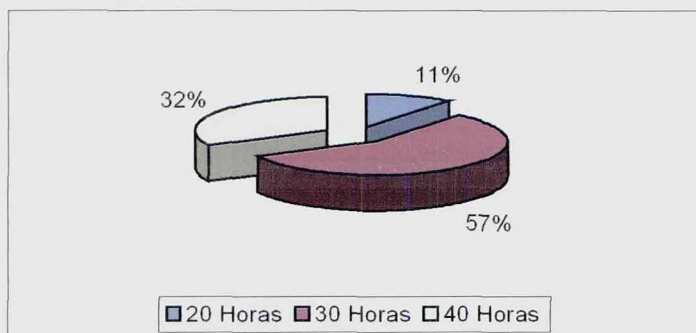
Fonte Primária

No que concerne ao vínculo do profissional Assistente Social em relação às esferas do poder executivo, estes se encontram assim distribuídos:

O gráfico explicita que os profissionais do Serviço Social do Programa de DST/HIV/Aids encontram-se vinculados principalmente ao setor público, tendo na esfera municipal, a prevalência com um índice de 50%. Na esfera estadual, aparece um índice de 32%, demonstrando que a responsabilidade recai sobre o setor público. Tal fato deve-se ao fato do Programa ser um dever do Estado e direito do cidadão, portanto, compromisso desempenhado tanto pelo executivo municipal quanto estadual, esferas responsáveis pelo desenvolvimento das políticas públicas. Tais dados vêm confirmar as tendências da inserção dos profissionais do Serviço Social, conforme Iamamoto (2003) o setor público tem sido o maior empregador, sendo a administração direta a que mais emprega, especialmente no âmbito estadual e municipal.

No que diz respeito à jornada de trabalho, os profissionais do Serviço social se encontram distribuídos em três distintas faixas, conforme ilustra o gráfico a seguir:

Gráfico 04: Jornada de trabalho

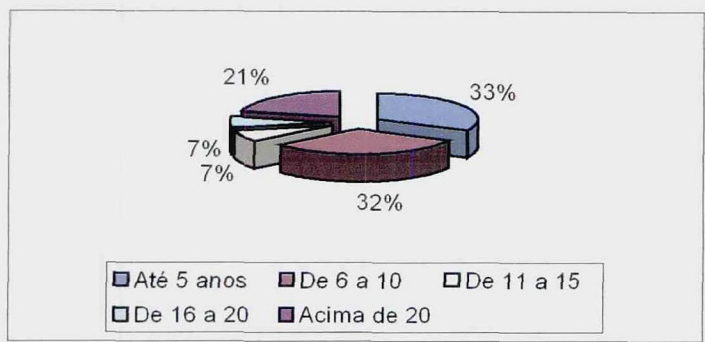


Fonte Primária

A jornada de trabalho dos profissionais do Serviço social apresenta dados compatíveis com a jornada de trabalho do setor público. Aqueles que realizam 40 horas normalmente são profissionais que desempenham atividades de coordenação nos Programas.

O tempo de serviço dedicado pelos profissionais de Serviço Social às três esferas do poder executivo acha-se assim distribuído, conforme ilustra o gráfico seguinte:

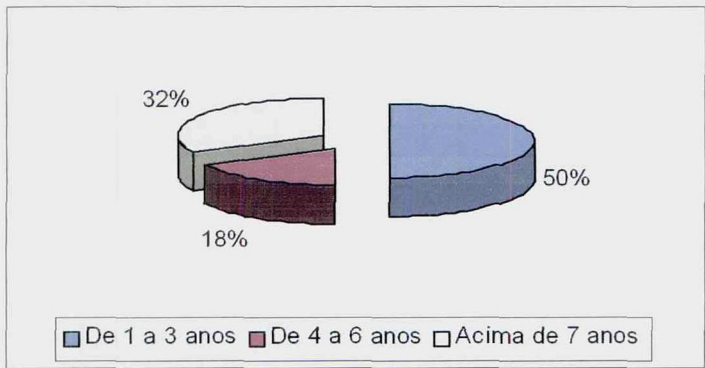
Gráfico 05: Tempo de serviço



Fonte Primária

Conforme dados da pesquisa, 33% dos profissionais do Serviço Social trabalham até cinco anos; 32% trabalham de seis a dez anos; 7% trabalham de onze a quinze anos; 7% trabalham de dezesseis a vinte anos e 21% trabalham acima de vinte anos.

Gráfico 06: Tempo de atuação no Programa



Fonte Primária

O gráfico apresenta os profissionais do Serviço Social vinculados ao Programa de DST/HIV/Aids. Metade deles atuam de um a três anos; 18% de quatro a seis anos e 32% acima de sete anos.

Os dados concernentes ao tempo de atuação dos profissionais do Serviço Social no Programa explicitam que seu vínculo é recente, pois a metade está trabalhando no período de três anos no máximo. O fenômeno da AIDS é recente, circunscrito há duas décadas como um dos muitos desafios para o Serviço Social, portanto um campo novo de atuação no âmbito da saúde. A inserção do Serviço Social no programa sinaliza a necessidade dos profissionais ampliarem sua atuação em diversas áreas de trabalho além das práticas já consagradas.

De acordo com os dados da pesquisa, no que se refere aos aspectos profissionais há um índice de 68% dos Assistentes Sociais que permanecem somente com a graduação.

Já a busca pela especialização em Políticas Públicas apresenta o maior índice de procura dentre os profissionais que atuam nos Programas. Na sequência aparece a busca pelo Planejamento e Gestão e pela Violência Doméstica, respectivamente como as especializações mais procuradas pelos profissionais a fim de desempenharem a profissão com maior eficácia.

3.3.3. Necessidade de Aperfeiçoamento Profissional do Assistente Social para Atuar nos Programas DST/HIV/Aids

Conforme indicam as respostas dos profissionais do Serviço Social vinte e dois demonstraram interesse em se aperfeiçoar em alguma temática a fim de melhorar sua atuação. No universo de vinte oito profissionais pesquisados, seis responderam que não

tinham a intenção de buscar aperfeiçoamento profissional a fim de desempenhar o seu trabalho.

Um dos instrumentos de trabalho que faz parte do projeto ético político profissional é o Código de Ética, no qual fundamenta seus onze princípios fundamentais que norteiam a ação profissional do Assistente Social, entre os quais destacamos o item que fala da necessidade permanente de atualização:

- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

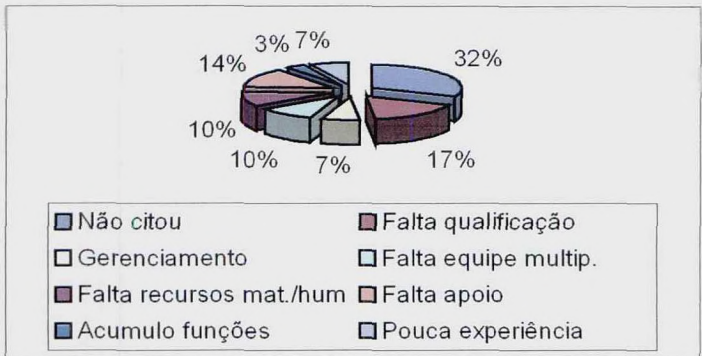
É expressivo o número de profissionais (79%.) que buscam aperfeiçoamento, entretanto é perceptível que cerca de um quarto não demonstra interesse em buscar aperfeiçoamento. São diversos os autores que apontam a necessidade dos profissionais buscarem qualificação a fim de acompanhar, compreender e intervir nas questões sociais seja em esferas federal, estadual ou municipal. Iamamoto (2002: 145), fala que se “requer um profissional de novo tipo, comprometido com sua atualização permanente, capaz de sintonizar-se com o ritmo das mudanças que presidem o cenário social contemporâneo em que tudo que é sólido, desmancha do ar”.

Entre os profissionais que demonstraram interesse em buscar aperfeiçoamento para realizar melhor o seu trabalho, destacam-se: a busca por treinamento em DST/HIV/AIDS por parte de nove profissionais entrevistados; em Saúde Pública por três profissionais; formação para trabalhar com grupos, quatro profissionais; Epidemiologia, três profissionais; Sexualidade e planejamento familiar, dois profissionais; Terapia Familiar, três profissionais; demonstraram interesse por outros cursos e/ou treinamentos, tais como Psicologia e Políticas Públicas, três profissionais.

3.3.4. Dificuldades e Limitações da Atuação Profissional dos Assistentes Sociais nos Programas DST/HIV/Aids

Apresentaremos a seguir as respostas dos profissionais do Serviço Social que indicam suas dificuldades e limitações, as quais podem ser representadas da seguinte maneira: aparecem as dificuldades técnicas/humanas/relacionais dos profissionais atuantes em equipes multiprofissionais; aparecem dificuldades estruturais sentidas pelos profissionais atuantes em equipes multiprofissionais no âmbito dos Programas DST/HIV/Aids:

Gráfico 07: Limitações técnicas



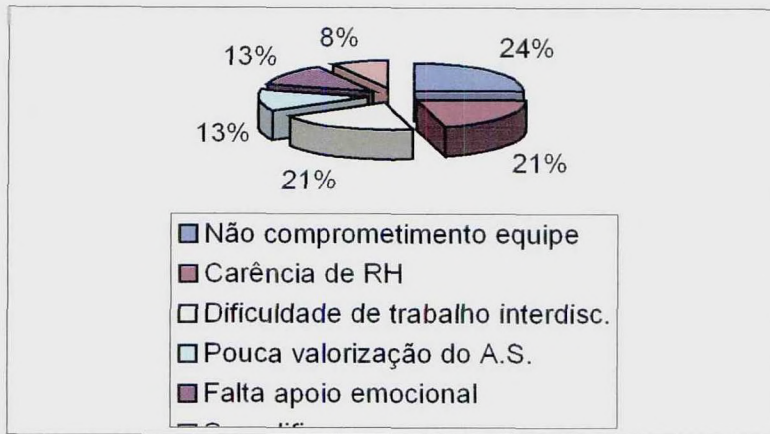
Fonte Primária

Do total (28) dos profissionais do Serviço Social pesquisados, cinco (17%) responderam que enfrentam limitações no trabalho devido a falta de qualificação técnica e quatro (14%) respondem que sentem falta de apoio e também deficiência na implementação técnica em relação ao Programa. Estes dados são indicativos de que a formação acadêmica (teórica, metodológica e técnica) dispensada aos profissionais do

Serviço Social oferece as condições básicas para o desempenho da profissão, entretanto, quando esse profissional atua em áreas emergentes há a necessidade de maior esforço por parte do profissional a fim de que ele obtenha domínio técnico. Souza & Azeredo (2004: 50), comentando acerca do processo de construção de competências para o Serviço Social, diz que:

“Compreender o que é a competência, enquanto noção definidora de um sentido para o trabalho, e de que forma esse sentido é assumido pelos profissionais do Serviço Social. As competências são fatos observáveis, e para chegarmos ao fundamento do que torna uma pessoa ou um profissional competente, não devemos nos limitar à aparência dos fatos. Precisamos ultrapassar aquelas ligadas ao perfil profissional, pois as competências estão também ligadas atitudes e conhecimentos, capacidade de elaborar criticamente as situações de trabalho tais como: discernir situações diferenciadas, organizar dados, comunicar-se com outros sujeitos da equipe de trabalho e agir pautado na ética”

Chama atenção que dos vinte oito profissionais participantes da pesquisa, nove (32%) não cita dificuldades na realização do seu trabalho no Programa. Estes dados podem indicar que os Assistentes Sociais estão conseguindo desempenhar a sua prática profissional. Além de realizar sua prática, os profissionais estão, segundo Iamamoto (2002), realizando também um conjunto de competências que não dependem exclusivamente do profissional, tais como as relações de poder no âmbito institucional, os recursos colocados à disposição, as políticas sociais específicas, os objetivos e demandas da instituição e a realidade social da população usuária dos serviços prestados.

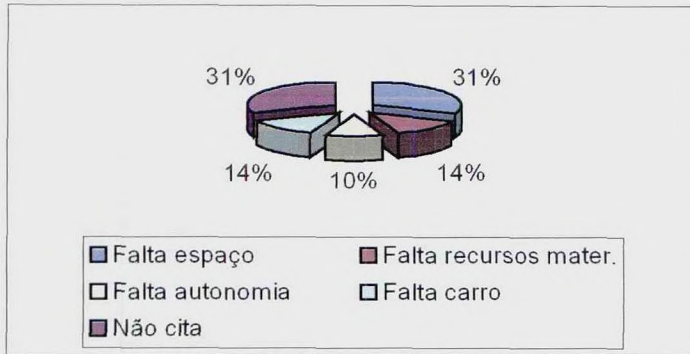
Gráfico 08: Limitações relacionais**Fonte Primária**

Entre os profissionais pesquisados, seis (24%) apontam para a falta de comprometimento da equipe com as ações do Programa; cinco (21%), indicam carência de RH e outros cinco (21%), explicitam dificuldades na efetivação do trabalho interdisciplinar.

Estes dados nos permitem perceber que o desempenho do trabalho no âmbito de uma equipe interdisciplinar necessita que cada integrante da mesma exerça sua especialidade conforme atribuição de sua profissão, em cooperação com as demais categorias que compõe uma equipe multiprofissional. Quando um profissional não responde de maneira integral pela sua especificidade no trabalho, deixa de contribuir para que o trabalho seja realizado em sua totalidade, ou nesse caso, passa a sobrecarregar os demais componentes da equipe inviabilizando seu desempenho satisfatório. Iamamoto (2003: 63) reitera que:

“O Assistente Social não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalhador coletivo que forma uma grande equipe de trabalho. Sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras, sejam elas empresas ou instituições governamentais”.

Gráfico 09: Limitações estruturais



Fonte Primária

São nove (31%) entre os vinte oito entrevistados que apontam o espaço físico inadequado como dificuldade para desempenhar seu trabalho, quatro (14%) indicam a falta de recursos materiais de consumo e permanentes e mais quatro profissionais (14%) respondem que a falta de carro dificulta o desempenho de seu trabalho no Programa.

As dificuldades sentidas pelos profissionais do Serviço Social que trabalham no Programa se inscrevem dentro das funções exercidas por um Estado que reduz seus investimentos em políticas públicas, apesar de sua importância. Nesses casos não somente os profissionais são prejudicados e desvalorizados, mas somam-se a estes, uma população que necessita dos serviços, que oferecidos de forma precarizada não respondem às reais necessidades.

Chama atenção o alto índice (31%) de profissionais que não cita nenhuma dificuldade no que concerne à realização de seu trabalho.

3.3.5. Proposições e Sugestões para o Desempenho de suas Ações

Os Assistentes Sociais demonstram-se propositivos, apontando possibilidades, alternativas e sugestões para aperfeiçoar e melhorar seu desempenho no Programa. Entre as indicações aparecem as seguintes sugestões:

- Capacitação continuada em DST/HIV/Aids;
- Encontro Estadual para Profissionais Assistentes Sociais que atuam nos Programas DST/HIV/AIDS, treinamentos/capacitações na área de DST/HIV/AIDS direcionado ao profissional Assistente Social;
- Promover a contratação de mais profissionais assistentes sociais para atuar na área;
- Promover encontros/treinamentos interdisciplinares direcionados à equipe;
- Treinamento em Vigilância Epidemiológica;
- Mobilizar gestores para maior comprometimento com o Programa.

Construir estratégias eficazes de enfrentamento da epidemia na área da prevenção é um dos desafios que se coloca na atualidade. O principal instrumento dessa estratégia é o processo educativo. Sabemos que é difícil a transformação de comportamentos em curtos espaços de tempo. Desta forma entendemos que a educação para a saúde enquanto processo de interação e formação de sujeitos passa necessariamente para inclusão de temas como cidadania, gênero, sexualidade, etnia, direitos humanos, entre outros, buscando a construção de valores e atitudes saudáveis que promovam o desenvolvimento da autonomia e do senso de responsabilidade individual e coletivo.

Neste sentido, no processo de educação para a saúde, a presença do profissional Assistente Social é necessária na implementação dessas ações. Além desse profissional

ressalta-se, ainda a importância de ampliar a equipe para que se torne de fato um trabalho multiprofissional, visando o atendimento integral ao portador do vírus e doente de AIDS.

Acha-se importante ressaltar, segundo o Código de Ética, alguns princípios fundamentais citados nas sugestões dos entrevistados com ênfase no aprimoramento, os quais norteiam a ação profissional do Assistente Social:

Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;

Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores.

Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, na perspectiva da competência profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi a partir da Constituição Federal de 1988 que a saúde tornou-se um direito universal e igualitário, regulamentado posteriormente pela Lei 8.080 de 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

No Artigo 6º da referida Lei, no campo de atuação do SUS, dispõe sobre a inclusão da Vigilância Epidemiológica na execução de ações para realizar o controle das doenças transmissíveis. O controle baseia-se em intervenções, que atuando sobre um ou mais elos conhecidos da cadeia epidemiológica de transmissão sejam capazes de vir a interrompê-la.

Atualmente todas as ações de prevenção e controle de doenças estão reunidos numa mesma estrutura denominada Secretaria de Vigilância em Saúde permitindo assim, maior controle sobre as doenças e também fortalecendo e ampliando as ações de Vigilância Epidemiológica. Em Santa Catarina, estas atribuições são de responsabilidade da Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Entre as diversas atribuições encontra-se a vigilância e o controle do vírus do HIV/AIDS.

A AIDS se constitui em um problema de saúde pública de relevância. É uma doença infecto contagiosa que compromete o sistema imunológico do ser humano. De acordo com o informe da Unaid's há cerca de 40 milhões de pessoas no mundo vivendo com HIV/AIDS. Aumentando de forma significativa a taxa de mortalidade de vários países, tornando-se uma das principais causas de morte de pessoas em idade produtiva.

No Brasil existem atualmente 362.364 casos de AIDS. Este é o número de pessoas que desenvolveram a doença, entretanto, o número de portadores assintomáticos do vírus é quase o dobro.

O Estado de Santa Catarina se destaca em relação à epidemia por apresentar alto índice de contaminação pelo uso de drogas injetáveis, além disso, o Estado também se destaca por apresentar várias cidades com alta incidência de AIDS na escala Nacional. Atualmente há 15. 646 casos de AIDS notificados em adultos e 769 em menores de 13 anos, possuindo alto crescimento da epidemia entre as mulheres.

Devido à epidemia e também por pressão de segmentos organizados da sociedade em 1985 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Controle das DST/AIDS. O Estado Catarinense implantou o Programa na mesma época.

As ações de saúde são executadas pelos Programas Estaduais e Municipais DST/HIV/AIDS, com apoio das organizações da sociedade civil, por meio de projetos específicos. As políticas de saúde voltadas ao tratamento das pessoas com DST/AIDS precisam de equipe multiprofissional para realizar atendimento. Entre os diversos profissionais está o Assistente Social, desempenhando relevantes atividades.

O delineamento dessa pesquisa iniciou-se durante o estágio curricular obrigatório quando nos interessamos em saber a respeito da inserção do Assistente Social nos Programas DST/HIV/Aids. O despertar para essa temática de investigação foi motivado ao perceber que os profissionais do Serviço Social estavam realizando as mesmas atividades que os demais profissionais de outras categorias faziam. O foco de interesse da pesquisa se direcionou na identificação da prática do Serviço Social, integrante de uma equipe multiprofissional.

No decorrer do estágio foi realizada uma pesquisa descritiva para identificar o número de Assistentes Sócios nos Programas. Os dados foram obtidos a partir de um cadastro disponível no programa DST/HIV/Aids, que indicou a presença da equipe multiprofissional, entre os quais havia 31 Assistentes Sociais inseridos nos Programas.

Obtidas essas informações, foi construído um questionário, o qual foi respondido por 28 Assistentes Sociais, a fim de buscar as informações necessárias para a pesquisa.

Conforme suas respostas, 36% dos Assistentes Sociais trabalham na coordenação dos Programas, 35% trabalham no Ambulatório e 29% nos Centros de Testagem e Aconselhamento.

A jornada de trabalho dos profissionais que perfaz 40 horas semanais aponta um índice de 32%, aqueles que realizam 30 horas correspondem a 57% e os que fazem 20 horas semanais são 11%.

As profissionais que possuem formação na modalidade especialização correspondem a 68%, as demais permanecem apenas com a graduação. A especialização em Políticas Públicas apresenta o maior índice de procura dentre os profissionais que atuam nos Programas. Após essas, Planejamento e Gestão e Violência Doméstica aparecem respectivamente como as especializações mais procuradas pelos profissionais a fim de desempenharem a profissão com maior eficácia.

Os profissionais estão inseridos nos Programas conforme as indicações: 50% trabalha de 1 a 3 anos, 18% trabalha de 4 a 6 anos, 32% está inserido nas equipes multiprofissionais há mais de 7 anos.

São diversos os Assistentes Sociais que demonstram interesse em continuar buscando aperfeiçoamento através de especializações para desempenhar o trabalho como integrantes da equipe multiprofissional. A maior preferência demonstrada pelos profissionais é o treinamento em DST/HIV/Aids.

Grande parte dos Assistentes Sociais continua a realizar ações de atendimento aos usuários, entre as quais se destacam: atendimentos individuais, visitas domiciliares e encaminhamentos. Em meio à diversas atividades que aparecem como novidade no exercício da profissão nos Programas, entre outros, são: coordenação, análise e formulação

de projetos e trabalho com grupos de usuários. Apesar de aparecerem estas atividades diferenciadas, os Assistentes Sociais ainda se inscrevem predominantemente pela realização de atividades tradicionalmente desenvolvidas por estes profissionais.

Entre as dificuldades que impedem maior desenvolvimento das atividades das Assistentes Sociais nos Programas podemos destacar as técnicas, relacionais e as estruturais.

A falta de qualificação técnica no Programa indica que a formação profissional precisa ser ampliada para obter domínio técnico e competência a fim de realizar suas ações com eficácia. Um dado importante que a pesquisa identificou foi um alto índice de profissionais que não apontam limitações, conseqüentemente estes podem estar desempenhando suas funções satisfatoriamente.

As dificuldades relacionais estão relacionadas ao desempenho da equipe multiprofissional. Muitos profissionais não possuem comprometimento com as ações do Programa, somados à carência de recursos humanos e também dificuldades na efetivação da prática interdisciplinar, portanto para que a equipe multiprofissional seja eficiente necessita que cada componente trabalhe em cooperação, permitindo o avanço no atendimento aos usuários.

As dificuldades estruturais sentidas pelos profissionais tais como: espaço físico inadequado, falta de recursos materiais para consumo e veículo para realizar as atividades externas apontam para as limitações do exercício da(s) profissão(s) devido às precarizações das políticas públicas executadas por um Estado com funções cada vez mais restritas.

Ao término deste Trabalho apontamos para a necessidade de aprofundar o estudo para qualificar cada vez mais a inserção do Assistente Social nos Programas DST/HIV/Aids. Durante o estágio curricular constatamos que o profissional Assistente

Social tem grande possibilidade de atuação nos Programas. Entretanto, compete ao profissional a busca pelo aperfeiçoamento, atualização e especialização constantes.

REFERÊNCIAS

BATISTA, M. V. **Planejamento social-intencionalidade e instrumentação**. 2^a- ed. São Paulo: Veras. 2000.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. 22^a- ed. São Paulo: Saraiva. 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/AIDS: princípios, diretrizes e estratégias**. Secretaria de Políticas de Saúde, CN DST/HIV/AIDS, Brasília. 1999.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**, Brasília: CONASS, 2003.

CAMARGO, A.M.F. de. **A aids e a sociedade contemporânea: estudos e histórias de vida**. São Paulo: Letras & Letras, 1994.

DA ROS M.A. Políticas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M.(org.) **Saúde em debate na educação física**. No Prelo. 2004.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Guia de vigilância epidemiológica**. 5^a- ed. Brasília: FUNASA. 2002. Vol. I

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5^a ed. São Paulo: Atlas. 1999.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. – 6ª ed - São Paulo, Cortez, 2003.

LIMA, T. C. S. **A intervenção profissional do serviço social: propondo o debate sobre ações sócio-educativas**. In: Anais do IX ENPSS. Porto Alegre: ABEPSS, 2004. Eixo temático: Encontro nacional de pesquisadores em serviço social.

MARCONI, M.A. & LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens, e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**”. 2ª ed. São Paulo. 1990.

PAULILO, Maria A. S. **Aids: os sentidos do risco**. São Paulo: Veras, 1999.

PIMENTA, C. & SOUTO, K. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres**. BRASIL, Ministério da Saúde. Brasília: 2003.

REVISTA QUADRIMESTRAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Caminhos da transdisciplinaridade: fugindo às injunções lineares**. São Paulo: Cortez, 2000.

REVISTA QUADRIMESTRAL DE SERVIÇO SOCIAL. **A categoria “processo de trabalho” e o trabalho do assistente social**. São Paulo: Cortez, 2000.

REVISTA KATÁLYSIS. **Políticas de saúde e sistemas médicos no Brasil**. Florianópolis: UFSC, 1997.

SANTA CATARINA. Boletim Epidemiológico Ano II – Número 02 – Dezembro de 2002.

1º de dezembro: dia mundial de luta contra a Aids – “preconceito e discriminação”.

SANTA CATARINA. Informativo Epidemiológico “Barriga Verde” Ano II – Número

02/2004. **“Aids é assunto de família: o maior risco é não falar sobre ela”.**

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: Teixeira SF, org. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** Rio de Janeiro, Associação Brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva, 1989. 181-192.

SOUZA, R.B. de. & AZEREDO, V. **O assistente social e a ação competente: a dinâmica cotidiana.** REVISTA QUADRIMESTRAL DE SERVIÇO SOCIAL. São Paulo: Cortez, 2000.

TEIXEIRA, Sônia F. **Reforma Sanitária, em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez, 1989.

TRIDAPALLI, Elidia. **Aids e seus impactos nas relações de trabalho – uma discussão doutrinária e jurisprudencial.** - 1 ed. – Florianópolis, OAB/SC, 2003.

VASCONCELOS. Ana Maria de. **A prática do serviço social – cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em saúde pública.** Vol 7. São Paulo: USP.1998.

WESTRUPP, M. H. de. **Práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV/AIDS: contribuição certa da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/AIDS**. Tese apresentada à UFSC, Florianópolis, 1998.

APÊNDICE A - OFÍCIO Nº 466/04



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DAS DST/HIV/AIDS E SÍFILIS CONGÊNITA**

Ofício nº 466/04

Florianópolis, 27 de outubro 2004.

Prezado (a) Colega,

A Divisão de Vigilância das DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita e o Curso de Serviço Social/UFSC, através da estagiária Margot Pires está elaborando uma pesquisa visando identificar o profissional assistente social e sua prática nos serviços DST/HIV/Aids.

Segue em anexo instrumento de coleta de dados (questionário), solicitamos sua colaboração no preenchimento e devolução até o dia 16/11/2004, aos cuidados de Margot através do fone/fax (48)221-8438 ou por e-mail margotirm@hotmail.com.

Ressaltamos que não é obrigatória a identificação pessoal.

Certos de podermos contar com seu empenho e receptividade colocamo-nos a disposição para eventuais esclarecimentos nos fones (48) 221-8436 / (48) 221-8437, agradecemos.

Atenciosamente,

**Iraci Batista da Silva
Chefe da Divisão DST/HIV/AIDS**

**Margot Pires
Estagiária Serviço Social**

**Gladis Helena Martinez
Supervisora de Campo**

**Ilmo (a) Senhor (a)
Assistente Social**

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DAS DST/HIV/AIDS E SÍFILIS CONGÊNITA

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA.

INSTRUÇÕES:

Responda os itens deste questionário, marcando um "x" nos quadriculos próprios ou formulando suas próprias respostas, de acordo com o formato de cada questão.

IDENTIFICAÇÃO.

1. NOME: _____ (OPCIONAL)

2. ORIGEM: Município: _____

() Coordenação Municipal.

() Coordenação Regional.

() Ambulatório Estadual.

() Ambulatório Municipal.

() Centro de Testagem e Aconselhamento

() Outro: _____

3. VÍNCULO: **Efetivo** () Municipal. () Estadual. () Federal.

Temporário () Municipal. () Estadual. () Federal.

() Outros _____

4. JORNADA TRABALHO: () 20 horas () 30 horas () 40 horas.

5. TEMPO DE SERVIÇO: _____

6. FAIXA SALARIAL: () Até 4 salários. () Acima de 4 salários

ASPECTOS PROFISSIONAIS E PESSOAIS

7. HÁ QUANTO TEMPO É GRADUADA EM SERVIÇO SOCIAL? _____

8. FORMAÇÃO:

() Especialização _____

() Mestrado _____

() Doutorado _____

9. HÁ INTERESSE EM SE APERFEIÇOAR EM ALGUMA ÁREA/TEMÁTICA?

() SIM Qual: _____ () NÃO

10. HÁ QUANTO TEMPO ATUA NA ÁREA OU PROGRAMA DST/AIDS?

() DE 01 A 03 ANOS () DE 04 A 06 ANOS

() ACIMA DE 07 ANOS – QUANTO: _____

11. VOCÊ FOI QUALIFICADO PARA ATUAR NESTA ÁREA?

() SIM: QUAL: _____

() NÃO: POR QUE: _____

12. REGISTRE AS AÇÕES QUE DESENVOLVE NESTE SERVIÇO.

13. CITE AS PRINCIPAIS LIMITAÇÕES/DIFICULDADES PRESENTES NO DESENVOLVIMENTO DE SUAS AÇÕES.

() TÉCNICAS

() HUMANAS/RELACIONAIS

() ESTRUTURAIS

14. INDIQUE SUGESTÕES PARA APERFEIÇOAMENTO/QUALIFICAÇÃO DE SUAS AÇÕES
